



Mapas mentales

Abril Guadalupe de la Cruz Thomas

Parcial 4

Fisiopatología 3

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Licenciatura en Medicina Humana

Cuarto semestre grupo "B"

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 08 de julio de 2025

SX INTESTINO IRRITABLE

Epidemiología

- 40 a 45% de la población
- En todos los grupos de edad
- Incidencia mayor en mujeres

1

2

Fisiopatología y etiología

Es compleja y multifactorial.
En cuanto su etiología:

- Hipersensibilidad a distensión abdominal.
- Involucra fx emocionales como el estrés, ansiedad y depresión.

Fisiopatología y etiología

- FODMAP'S:
 1. Fermentados: harinas, frutas, hojas verdes.
 2. Disacáridos: lactosa
 3. Monosacáridos: manzana, sandia, debido al contenido de la fructosa.
 4. Polioles: Sin azúcar.

- SII post- infecciosa
- Desregulación de la flora intestinal

3

Fisiopatología y etiología

- Aumento de la permeabilidad intestinal ("intestino permeable"), lo que permite el paso de sustancias que pueden activar el sistema inmune.
- Cambios en la secreción de electrolitos y moco también contribuyen a los síntomas.

4

Tratamiento y prevención

- Higiene
- Dieta
- Probióticos (70%)
- Laxante osmótico (25%)
- Antidepresivos (5%)

6

Cuadro clínico

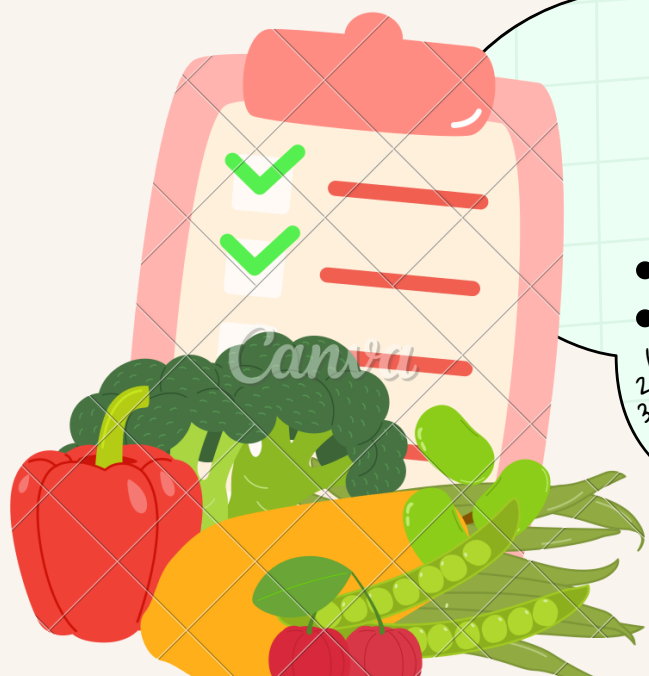
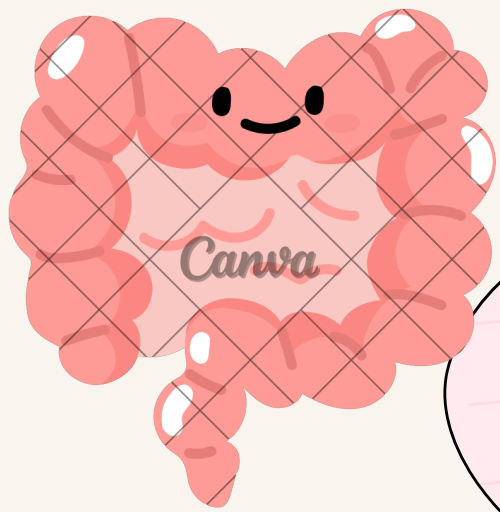
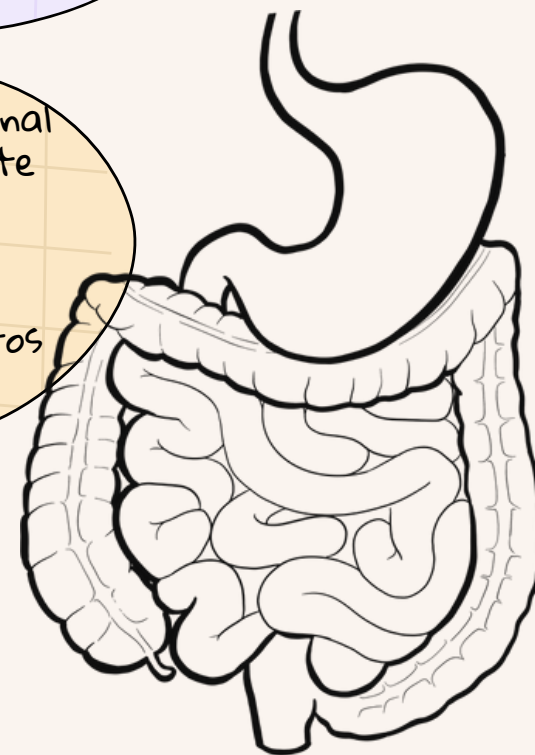
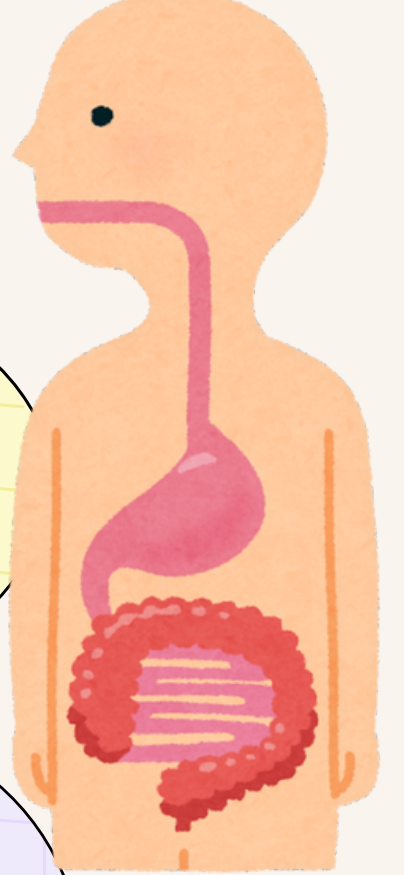
- Distensión abdominal
- Sangre en heces.
- Fiebre.
- Flatulencias
- Inflamación

- Clínico Diagnóstico
- Criterios de Roma

1. Relacionado con la defecación.
2. Cambio en la frecuencia de las deposiciones.
3. Cambio en la forma (consistencia) de las heces.

5

Trastorno funcional del tubo digestivo, caracterizado por dolor o malestar.



GLUTEN FREE

Epidemiología

- Afecta aproximadamente al 1% de la población mundial.
- Puede manifestarse a cualquier edad.
- Es más común en mujeres que en hombres.

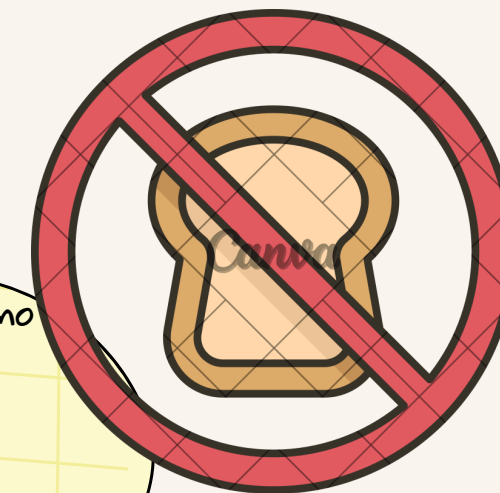
1

ENFERMEDAD CELIACA

2

Etiopatogenia

- Gluten → Fragmentos inmunogénicos (como la gliadina) atraviesan la mucosa intestinal.
- Activación del sistema inmunológico → Inflamación crónica, atrofia de vellosidades intestinales.
- Respuesta mediada por linfocitos T → Producción de anticuerpos específicos (anti-transglutaminasa tisular, anti-endomisio, anti-gliadina).



Tratamiento

- Dieta estricta sin gluten de por vida.
- Educación nutricional.
- Suplementación en casos de deficiencias nutricionales.
- Monitoreo clínico y serológico.

6

Diagnóstico

1. Serología:
 - Anticuerpos anti-transglutaminasa tisular (anti-TTG) IgA (más sensibles y específicos).
2. Biopsia intestinal (endoscopia con toma de muestras duodenales):
 - Atrofia de vellosidades
 - Hiperplasia de criptas
 - Infiltrado linfocítico intraepitelial

5

Enfermedad sistémica autoinmune que afecta principalmente al intestino delgado, provocada por el consumo de gluten

Cuadro clínico

Se divide en dos:

Cuadro clínico clásico

- Diarrea crónica
- Distensión abdominal
- Pérdida de peso
- Malabsorción (déficit de hierro, vitamina B12, calcio, etc.)

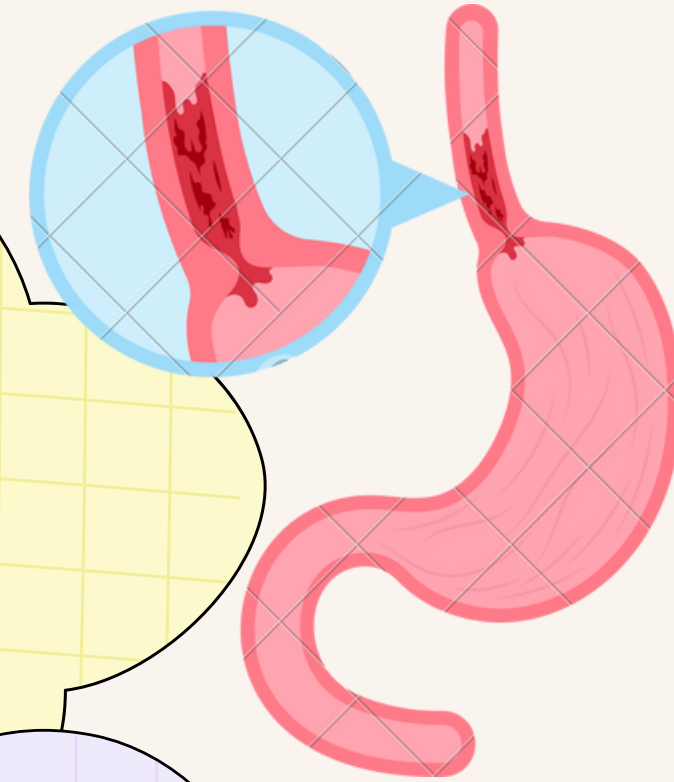
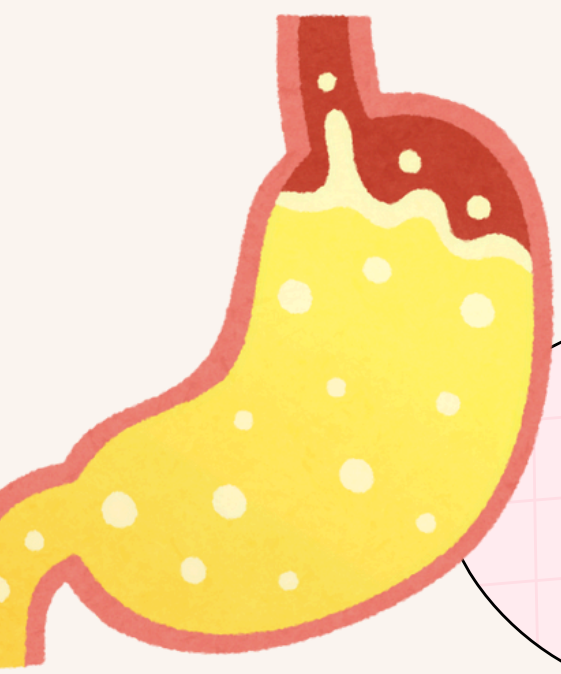
3

Cuadro clínico no clásico o extraintestinal:

- Anemia ferropénica crónica
- Fatiga
- Osteopenia/osteoporosis
- Dermatitis herpetiforme
- Trastornos neurológicos (ataxia, neuropatía periférica)
- Infertilidad

4





ENFERMEDAD DE CROHN

Epidemiología

- Incidencia creciente a nivel mundial.
- Aparece con mayor frecuencia en países industrializados.
- Mayor presentación en adultos jóvenes (15-35 años).
- Ambos sexos afectados, leve predominio femenino.

Localización típica

- Íleon terminal (40-50%)
- Colon (20-30%)
- Íleo y colon (30-40%)
- Menos frecuente en estómago, duodeno, esófago

Etiopatogenia

- Multifactorial: interacción entre factores genéticos, inmunológicos, ambientales y microbiota intestinal.
- Disfunción del sistema inmune innato y adaptativo frente a antígenos intestinales.
- Mutaciones comunes: NOD2/CARD15, entre otras.

Características clínicas

- Inflamación transmural (afecta todas las capas de la pared intestinal).
- Presencia de áreas sanas intercaladas con áreas enfermas ("lesiones salteadas" o skip lesions).
- Puede generar fistulas, estenosis, abscesos y granulomas no caseificantes (diagnóstico histológico clave).

Enfermedad inflamatoria intestinal crónica que puede afectar cualquier parte del tracto digestivo, desde la boca hasta el ano, aunque con mayor frecuencia afecta el intestino delgado y el comienzo del intestino grueso

Diagnóstico

- Endoscopia (colonoscopia con ileoscopia): úlceras profundas, lesiones salteadas.
- Biopsia: inflamación transmural, granulomas.
- Imagenología: TAC / RM enterografía

Tratamiento

- Corticoides: para brotes moderados a graves.
- Aminosalicilatos: utilidad limitada (más para colitis ulcerosa).
- Inmunomoduladores: azatioprina, 6-mercaptopurina, metotrexato.

Cuadro clínico

Se divide en dos:

1. Intestinales:
 - Diarrea crónica (puede ser con o sin sangre)
 - Dolor abdominal (frecuentemente en fosa ilíaca derecha)
 - Pérdida de peso
2. Extraintestinales:
 - Afección articular: artritis periférica, espondilitis
 - Lesiones cutáneas: eritema nodoso, pioderma gangrenoso
 - Afección ocular: uveitis, epiescleritis



COLITIS ULCEROSA

1 Epidemiología

Es más común en personas de ascendencia europea, especialmente judíos asquenazíes, y en zonas urbanas de países desarrollados. La incidencia y prevalencia están aumentando en países en desarrollo, aunque la enfermedad sigue siendo más frecuente en países occidentales y en el norte de Europa.

2 Etiología y factores de riesgo

- Genética: mayor riesgo si hay antecedentes familiares.
- Inmunológicos: respuesta inmunitaria anormal contra la flora intestinal.
- Ambientales: dieta, infecciones, uso de antibióticos o AINEs.
- Tabaquismo: a diferencia de la enfermedad de Crohn, el tabaquismo parece tener un efecto protector en la CU.

3 Fisiopatología

- Afecta exclusivamente la mucosa del colon.
- Comienza en el recto (proctitis ulcerosa) y puede extenderse de manera continua hacia el colon proximal.
- No presenta afectación transmural ni lesiones salteadas (a diferencia de la enfermedad de Crohn).

4 Clasificación según extensión

- Proctitis ulcerosa: limitada al recto.
- Colitis izquierda: hasta el ángulo esplénico.
- Pancolitis: afecta todo el colon.

Enfermedad inflamatoria intestinal crónica que afecta principalmente al colon (intestino grueso) y al recto. Se caracteriza por una inflamación continua y superficial de la mucosa del colon

6 Diagnóstico

- Colonoscopia: mucosa eritematosa, friable, ulcerada, con afectación continua.
- Biopsia: inflamación de la mucosa, abscesos cripticos.
- Marcadores inflamatorios: PCR, VSG elevados; calprotectina fecal.

Tratamiento

- 5-ASA (mesalazina): leve a moderada.
- Corticoides: para brotes moderados a graves.
- Inmunomoduladores: azatioprina, 6-mercaptopurina.

5 Cuadro clínico

- Diarrea crónica con sangre y moco
- Tenesmo (sensación de evacuación incompleta)
- Dolor abdominal (tipo cólico, generalmente en hipogastrio)
- Urgencia defecatoria
- Pérdida de peso y fatiga en casos severos

APENDICITIS

1 Epidemiología

En México, la gastritis crónica es particularmente prevalente, con 9 de cada 10 personas afectadas, siendo *H. pylori* también el principal responsable.

2 Etiología

Se produce por obstrucción luminal del apéndice

- Hiperplasia linfoide (más común en niños y jóvenes)
- Fecalito (fragmento de heces endurecidas)
- Cuerpos extraños
- Parásitos (como oxiuros)
- Tumores (más común en adultos mayores)

3 Fisiopatología

- Obstrucción del lumen apendicular
- Aumento de la presión intraluminal → isquemia → proliferación bacteriana.
- Inflamación de la pared → necrosis → posible perforación → peritonitis.

4 Manifestaciones clínicas

- Dolor abdominal: clásico inicio en epigastrio o periumbilical que migra al cuadrante inferior derecho.
- Anorexia (pérdida del apetito)
- Náuseas y vómitos
- Fiebre moderada
- Taquicardia leve

5 Signos

- McBurney: dolor en el punto de McBurney (entre ombligo y espina iliaca derecha).
- Rousing: dolor en FID al presionar FII.
- Psoas: dolor con extensión de la cadera derecha.
- Obturador: dolor al rotar internamente la pierna flexionada.

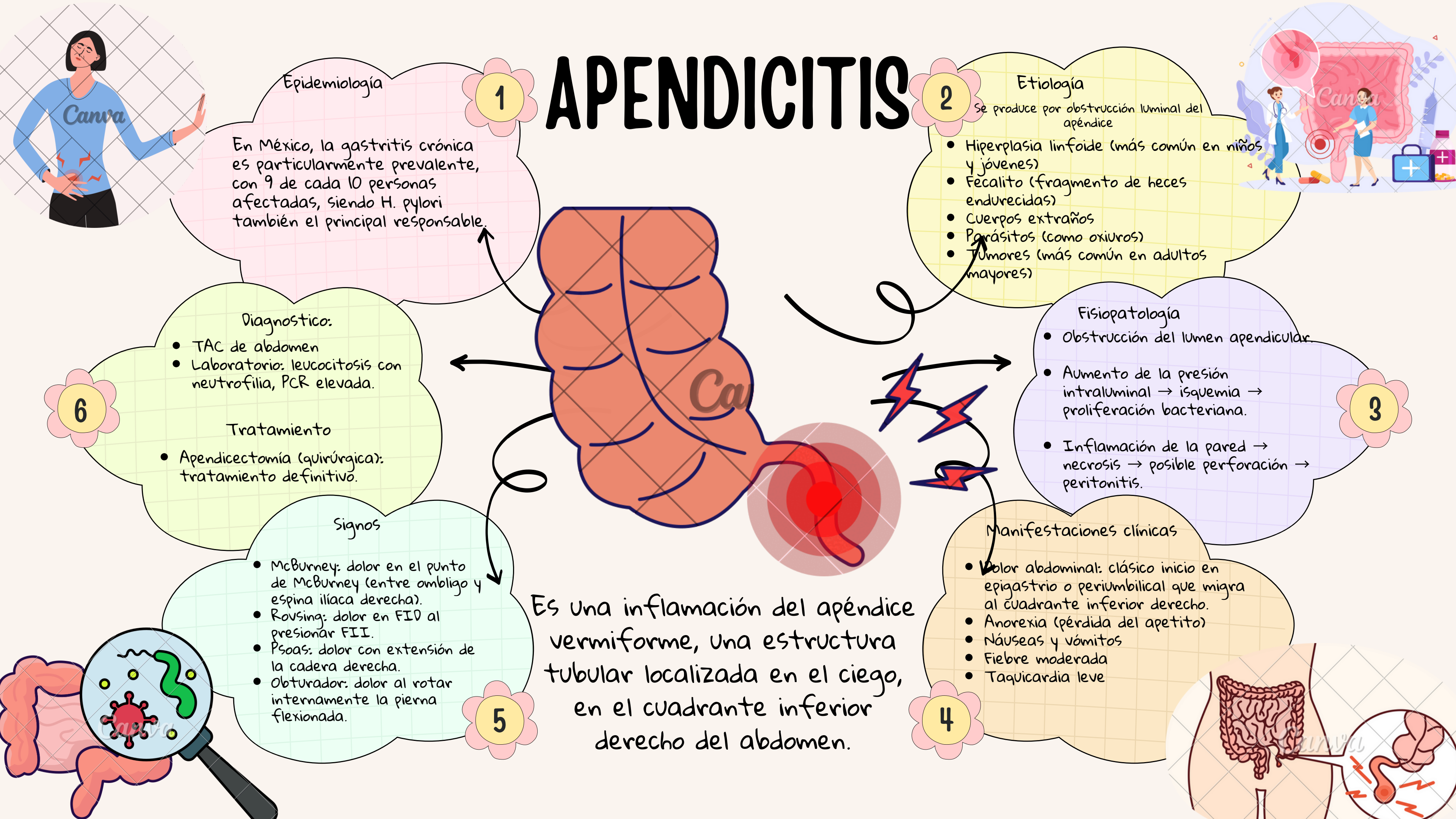
6 Diagnóstico:

- TAC de abdomen
- Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, PCR elevada.

Tratamiento

- Apendicectomía (quirúrgica): tratamiento definitivo.

Es una inflamación del apéndice vermiforme, una estructura tubular localizada en el ciego, en el cuadrante inferior derecho del abdomen.



REFERENCIAS

- Porth, C. y Matfin, G. (2009). Fisiopatología: conceptos de estados de salud alterados (10ª ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. Recuperado el 08 de julio de 2025.
- Herrera Fernández, Fernando [et al.]. Fisiopatología: manual de mapas conceptuales. México: El Manual Moderno, Universidad de Sonora, 2009. Recuperado el 08 de julio de 2025.